

SISTEMSKI PRISTUP KOMORBIDITETIMA I TRETMANU TRIHOTILOMANIJE

Mina Maričić¹, Branislav Šakić^{2,3}

¹Medicinski fakultet Univerziteta u Novom Sadu

²Klinica za psihijatriju Kliničkog centra Vojvodine

³Katedra za psihijatriju i medicinsku psihologiju
Medicinskog fakulteta Univerziteta u Novom Sadu

Apstrakt: Uvod: Trihotilomanija je tip traumatske alopecije nastale kao posledica navike izvlačenja dlake iz korena i klasifikovan je kao poremećaj kontrole impulsa. Radi se o hroničnom, rekurentnom psihijatrijskom poremećaju sa dermatološkom ekspresijom, koji ima specifičnu simptomatologiju, utiče na svakodnevne aktivnosti i vodi socijalnoj izolaciji. **Cilj:** Cilj istraživanja bio je utvrditi sličnosti i razlike u simptomatologiji kod populacije sa trihotilomanijom, utvrditi povezanost sa drugim navikama i poremećajima, razlike u tretmanu ovog poremećaja i efikasnost različitih tretmana na osnovu procene i zadovoljstva pacijenata. **Materijal i metode:** Istraživanje je bilo prospektivno i obuhvatilo 880 ljudi sa trihotilomanijom iz celog sveta u periodu od 5. novembra do 15. decembra 2016., a podaci su dobijeni pomoću standardizovane internet ankete. **Rezultati:** Trihotilomanija se najčešće javlja između 9 i 13 godina. 48,5% ispitanika ima poremećaj lokalizovan na jedan deo tela, ostali na više regija. Najviše čupaju kosu, zatim obrve i trepavice. 56,5% obolelih izvlači vlasi svakodnevno, a 61,6% to čini i u društvu. 20,9% njih ima oralne navike u vezi sa izvučenim dlakama. Trihotilomanija je udružena sa dermatilomanijom u 42,0%, s navikom grickanja noktiju u 37,0% slučajeva, abuzusom alkohola (21,7%) i psihoaktivnih supstanci (12,3%), anksioznim (60,6%), afektivnim (55,3%), opsesivnom-kompulsivnim (19,4%) i poremećajima spavanja (11,3%). Najefikasniji tretman prema oceni ispitanika je kombinovani tretman psihoterapije zajedno sa antipsihotikom i antidepresivom. **Zaključak:** Većina obolelih pokazuje polimorfnu psihijatrijsku kliničku sliku, te stoga ne postoji univerzalan tretman bolesti. Neophodno je lečiti trihotilomaniju zajedno sa komorbiditetima, a naročito one sa oralnim navikama, koji predstavljaju potencijalne hirurške pacijente.

Ključne reči: trihotilomanija; simptomatologija; komorbiditeti; tretman

Uvod

Problem trihotilomanije zavređuje potrebnu medicinsku pažnju tek 3 decenije, kada je zabeležen kao poremećaj u međunarodnoj klasifikaciji bolesti. Trihotilomanija (trichotillomania) je traumatska alopecija nastala kao posledica navike izvlačenja dlake iz korena. Prema novoj klasifikaciji bolesti MKB-10, svrstana je kao poremećaj kontrole impulsa, uprkos kontroverzama o klasifikaciji zbog sličnosti sa opsesivno-kompulsivnim poremećajem. Radi se o hroničnom, rekurentnom psihijatrijskom poremećaju sa dermatološkom ekspresijom, koji ima specifičnu simptomatologiju, utiče na svakodnevne aktivnosti i vodi socijalnoj izolaciji. Osobe sa ovim poremećajem izvlače dlake sa kosmatog dela glave, dakle kose, obrva, trepavica, brade, ali i sa tela.

U nekim slučajevima poremećaj je blago ispoljen i lako se prevazilazi, dok su drugi ozbiljni, rezistentni na terapiju i udruženi sa drugim poremećajima. Poremećaj se javlja u manjim ili većim epizodama koje mogu biti česte, svakodnevne ili retke, precipitirane određenim situacijama ili emocijama. Razlikujemo akutni oblik ovog poremećaja, koji se uglavnom javlja u detinjstvu i hronični, koji nastaje u adultnom periodu, a odlikuje se egzacerbacijama i remisijama, udruženih sa signifikantnom psihopatologijom [1]. Dok neke osobe čupaju po jednu dlaku, druge čupaju čitave pramenove kose. Veliki broj osoba sa trihotilomanijom izvučenu dlaku stavlja u usta, žvače ili guta, što se naziva trihofagija, a gotovo svi imaju naročite rituale poput posmatranja ili dodirivanja izvučene dlake [2]. Ova navika može se sprovesti svesno, fokusirano ($\frac{1}{4}$ pacijenata) ili potpuno nesvesno, automatski ($\frac{3}{4}$ pacijenata). Impuls je praćen napetošću, anksioznošću, svrabom, a nakon izvlačenja dlake može doći do osećaja olakšanja i zadovoljstva. Ove osobe mogu imati konstantan osećaj frustracije, srama i straha od osude okoline. Uglavnom sakrivaju svoju naviku, kao i predele bez dlaka od okoline i porodice, koristeći šminku ili perike. Često se povlače iz društva, imaju manjak samopouzdanja, osećaju se bezvrednim i samoosuđuju se. Oni sa vidljivim gubitkom kose izbegavaju odlazak na plivanje, u frizerski salon, kod lekara, sve do potpunog socijalnog izolovanja.

Uzrok trihotilomanije je nepoznat. Kao i drugi kompleksni poremećaji, verovatno je u pitanju kombinacija genetskih abnormalnosti i spoljašnjih uticaja. Poznate korelacije sa doprinosećim faktorima su: pozitivna porodična anamneza, godine (istraživanja pokazuju da se poremećaj najčešće javlja između 4. i 11. godine), neurodegenerativni procesi (Parkinsonova bolest i demencija), a bihevioralna i psihodinamska psihoanaliza daju teorije uticaja stresa i emocionalne disregulacije u ranom detinjstvu.

Prema postojećoj literaturi trihotilomanija je udružena sa anksioznim (57%) i afektivnim poremećajima (65%), bolestima zavisnosti u 22% slučajeva, poremećajima ishrane (20%) i opsesivno-kompulzivnim poremećajima u 16% slučajeva [3].

U mehanizmu etiopatogeneze navode se poremećaji u homeostazi serotonina i dopamina. Postoje podaci da dopaminergički lekovi i psihoak-

tivne supstance mogu precipitirati trihotilomaniju. Magnetna rezonanca je u nekim studijama pokazala promene u frontalnoj kori, bazalnim jedrima i cerebelumu, a *Positron emission tomography* (PET) skener je pokazao povećanu potrošnju glukoze u cerebelumu i parijetalnim režnjevima. Molekularni eksperimenti na životinjama pokazuju prekid ekspresije Hoxb8 gena [4].

U istraživanjima se navodi da 1-2 od 50 dece ima ovu naviku, a u adultnom periodu u zavisnosti od strogosti kriterijuma prevalenca iznosi 0,6-2,5% [4]. U detinjstvu nema razlike u prevalenci među dečacima i devojčicama, a u adultnoj populaciji 70-93% ljudi sa trihotilomanijom čine žene. Razlike u prevalenciji među rasama nisu primećene [5]. Iako se ne čini ozbiljnim, ovaj poremećaj može dovesti do ozbiljnih posledica, kako na somatsko, tako i na duševno zdravlje. Pa tako, mogu se javiti emocionalna nestabilnost, problemi u formiranju emocionalne veze i porodice, izostajanje i gubitak posla, anksiozni i afektivni poremećaji. Često je udružen sa drugim poremećajima ponašanja fokusiranih na sopstveno telo (*body focused repetitive behaviors*-BFRB): dermatilomanijom (oštećivanje kože) i navikom grickanja noktiju [6]. Osim toga, mogu se javiti i dermatološki poremećaji kao što je folikulitis, trajna cikatrijalna alopecija, internističke i hirurške bolesti kao što su malnutricija, anemija, mučnina, povraćanje, pankreatitis i opstruktivni ileus (poznat i kao Repunzel sindrom) uzrokovani trichobezoarima [7].

Osobe sa ovim poremećajem zahtevaju stručnu pomoć, a kao najpotentnija terapija pokazala se kombinovana, psihoterapija zajedno sa uvođenjem medikamenata. Najpoželjnija psihoterapija je bihejvioralna i to trening zamene navika (*Habit reversal training*) [8], a kao manje poželjne koriste se kognitivna i terapija prihvatanja i privrženosti. Psihoterapeut će u okviru bihejvioralne terapije pomoći u delovanju u toku samog impulsa. Pacijent treba da nauči da prepozna impuls i u tim trenucima se uvode zamenske aktivnosti, kao što su stiskanje loptice, crtanje, pisanje, grickanje semenki, igranje igrice, dodirivanje predmeta sa posebnom teksturom.

Administracija za hranu i lekove (*Food and Drug Administration*) ne odobrava farmakoterapiju za lečenje izolovane trihotilomanije. U zavisnosti od prisustva komorbiditeta, razlikuje se i farmakoterapijski pristup, kao i efikasnost tretmana. Terapija prvog reda podrazumeva SSRI antidepressive kao što su paroksetin, sertralin i fluoksetin. Efikasni mogu biti i drugi antidepressivi, a uglavnom se spominju klomipramin, imipramin, amitriptilin, mianserin i trazodon. Osim antidepressiva u obzir dolaze i anksiolitici: buspiron i klonazepam, zatim male doze atipičnih antipsihotika: aripirazola i risperidona. U pojedinačnim istraživanjima spomenuti su i alternativni lekovi za tretman trihotilomanije kao što su N-acetil-cistein (NAC), fenfluramin, pimozid, levonogestrel, naltrekson, dronabinol, antikonvulzivi i silimarin [9].

Uglavnom u studijama slučaja, spominje se i efikasnost hipnoterapije. Hipnoterapija regresije pokušava da pronađe skrivene emocionalne konflikte, dok hipnoterapija ponašanja relaksacionim tehnikama smanjuje napetost. Kasnije se pacijenti obučavaju samohipnozi [10].

Cilj istraživanja

Cilj istraživanja bio je utvrditi sličnosti i razlike u simptomatologiji kod populacije sa trihotilomanijom.

Drugi cilj je bio utvrditi povezanost sa drugim navikama i poremećajima, razlike u tretmanu ovog poremećaja i efikasnost različitih tretmana na osnovu zadovoljstva i individualne procene pacijenata sa trihotilomanijom.

Materijal i metode

Istraživanje je bilo prospektivno i spovedeno u periodu od 05.11.2016. do 15.12.2016. Kao materijal korišćena je anonimna internet anketa na engleskom jeziku sa informisanim pristankom koju su popunjavali članovi 30 internet grupa i portala podrške za populaciju sa trihotilomanijom. Upitnik je sastavljen u anketnom obrascu GoogleForms. Učestvovanje u anketi bilo je dobrovoljnog karaktera. Za maloletne ispitanike, upitnik su popunjavali roditelji, članovi grupa podrške za roditelje dece sa trihotilomanijom. Zajedno sa anketom podeljeno je i obaveštenje o svrsi i ciljevima istraživanja. U istraživanju su učestvovali ispitanici kojima je trihotilomanija dijagnostikovana, kao i oni koji navode simptome dovoljne za dijagnozu trihotilomanije. Anketa se sastojala iz 23 pitanja, čiji se prvi deo odnosio na socio-demografske karakteristike ispitanika (pol, godine, država). Ostatak pitanja je bio u vezi sa simptomatologijom ovog poremećaja kod ispitanika (lokalizovanost poremećaja na određeni deo tela, učestalost epizoda čupanja vlasi, mogućnost kontrole impulsa u društvu), prisustvom komorbiditeta (drugi poremećaji fokusirani na sopstveno telo: dermatilomanija, grickanje noktiju i samopovređivanje; konzumacija alkohola i psihoaktivnih supstanci; anksiozni i afektivni poremećaji; poremećaji spavanja i ishrane), dobijanjem profesionalne pomoći u vidu farmakoterapije i psihoterapije i zadovoljstvom pruženog tretmana. Kompletan upitnik nalazi se u prilogu rada.

Nakon prikupljanja, podaci su obrađeni u program Excell 2015. Lekovi su analizirani prema ATC klasifikaciji, preuzetoj sa sajta ALIMIS (Agencije za lekove i medicinska sredstva). Podaci su prikazani tabelarno.

Rezultati

U istraživanju je učestvovalo ukupno 880 ispitanika sa trihotilomanijom, uzrasta od 1 do 64 godine. Medijana iznosi 26 godina. Od 878 ispitanika koji su odgovorili na pitanje o polu, 822 ispitanika se izjašnjava ženskim polom (93,6%), 38 muškim polom (4,3%), a ostalih 18 se izjašnjavaju van granica ovog opsega (2%).

Ispitanici u najvećoj meri potiču iz Severne Amerike i Evrope, a manjim delom iz Australije i Okeanije, Azije, Afrike i Južne Amerike.

Tabela 1. Prostorna distribucija ispitanika

Kontinent	Broj i procenat stanovnika
Evropa	218 (24,8%)
Severna Amerika	508 (57,7%)
Južna Amerika	14 (1,6%)
Azija	42 (4,7%)
Australija i Okeanija	76 (8,6%)
Afrika	22 (2,5%)

Trihotilomanija se kod 878 ispitanika koji su odgovorili na pitanje javila između 1. i 50. godine. Aritmetička sredina je 11,57 sa standardnom devijacijom od 5,6 godina.

427 ispitanika (48,5%) izvlači dlake sa samo jednog određenog dela tela, dok ostalih 453 (51,5%) ispitanika izvlači dlake sa više delova ili celog tela.

Tabela 2. Delovi tela zahvaćeni poremećajem

Deo tela	Broj ispitanika	%
Kosa	412	46,8
Obrve	377	42,8
Trepavice	360	40,9
Telo	125	14,2

56,5% osoba sa ovim poremećajem (497 od 879 ispitanika) navodi da vlasi čupa svakodnevno, 33,9% (298 od 879) skoro svakoga dana, 2,1% (19 od 879) jednom nedeljno, dok 7,3% (64 od 879) ima ređe epizode izvlačenja dlaka.

Od 878 osoba sa trihotilomanijom 337 (38,4 %) izvači dlake samo kada su sami, a 541 (61,6 %) i u društvu.

85 % (746 ispitanika od 877) ima naročite rituale sa iščupanim vlasima, poput gledanja, igranja, sakupljanja, dok 184 ispitanika (20,9%) ima oralne navike.

Većina ispitanika povezuje veće epizode izvlačenja dlaka sa određenim delom dana, pa tako 559 ispitanika od 873 (64%) navodi veče, a samo 23 (2,6%) jutro. 43 ispitanika (4,9 %) čupa vlasi u snu.

Pridruženi poremećaji trihotilomanije su česti, pa su tako sa njom najčešće udruženi anksiozni i afektivni, drugi poremećaji kontrole impulsa fokusirani na sopstveno telo, bolesti zavisnosti, opsesivno-kompulzivni poremećaji i poremećaji spavanja, a ređe poremećaji ishrane. 26,49% pacijenata nema dijagnostikovani nijedan pridruženi poremećaj.

Tabela 3. Trihotilomanija i komorbiditeti

Pridruženi poremećaj	Broj ispitanika	%
Dermatilomanija	375/892	42,0
Grickanje noktiju	327/894	36,58
Alkoholizam	191/879	21,73
Konзумacija psihoaktivnih supstanci	108/878	12,30
Anksiozni poremećaji	519/857	60,56
Unipolarna depresija	393/857	45,86
Opsesivno-kompulzivni poremećaj	166/857	19,37
Poremećaji spavanja	97/857	11,30
Bipolarna depresija	81/857	9,45
Poremećaji ishrane	17/857	1,98
Bez pridruženog poremećaja	227/857	26,49

Efikasnost tretmana predstavljena je prosečnim ocenama na skali od 1 do 10, a 167 ispitanika (18% ispitanika) koji koriste medikamentoznu terapiju ocenilo je istu u celini prosečnom ocenom 4,6. Efikasnost medikamentoznog tretmana iz tehničkih razloga obimnosti rada biće predstavljena za 7 najčešćih farmakoterapijskih pristupa.

Tabela 4. Farmakoterapijski pristupi i njihova efikasnost

Farmakoterapija	Oцена	Broj ispitanika koji su ocenili
SSRI antidepresivi (NO6AB)	4,58	52
Ostali antidepresivi (NO6AX)	5,00	18
Antipsihotik + antidepresiv (NO5A+NO6A)	5,83	12
N-acetil-cistein	5,56	9
Benzodiazepinski anksiolitici (NO5BA)	4,62	8
Antipsihotici (NO5A)	5,17	6
Antiepileptici (NO3A)	5,25	6

Od 864 ispitanika, 218 (25 %) koristi psihoterapiju i ocenilo ju je prosečnom ocenom 5,1. Od 859 ispitanika, 126 (14,67%) koristi kombinovani tretman trihotilomanije i ocenjuje ga prosečnom ocenom 5,4.

Diskusija

Analizom podataka uspeli smo da sagledamo osnovne karakteristike populacije sa trihotilomanijom, kao i osobenosti ispoljavanja ovog poremećaja. Pored toga ispitali smo udruženost trihotilomanije sa drugim navikama i poremećajima i procenili efikasnost tretmana.

Prednost našeg istraživanja je u tome što za razliku od većine drugih studija, koje obuhvataju manji uzorak ili uzorak koji čine isključivo studenti, naše obuhvata podatke 880 osoba sa trihotilomanijom svih uzrasta. Takođe, retka su istraživanja koja međusobno upoređuju efikasnosti različitih tretmana.

Nedostatak istraživanja je na nivou odabira uzorka, pa tako uzorak čini populacija sa trihotilomanijom koja ima pristup internetu i svesno i dobrovoljno traži pomoć u grupama koje nude informacije i podršku ljudima sa trihotilomanijom. Stoga, u uzorku se nisu našle osobe koje nemaju pristup internetu, osobe koje iz bilo kog razloga nisu sposobne ili ne žele da ispune upitnik, oni koji nemaju uvid u svoj poremećaj, itd.

Naše istraživanje je pokazalo da postoji diskrepanca u obolevanju između žena i muškaraca, slično drugim starijim studijama [11].

Iz dobijenih rezultata vidimo da se trihotilomanija može javiti u bilo kom životnom dobu, počevši od prve godine, ali je početak najčešći u periodu puberteta, kao i u kliničkim studijama i studijama u kojima su ispitanici bili isključivo student [6].

Ozbiljnost poremećaja može se izvesti iz karakteristika simptomatologije koje smo ispitali. Naime, analizirali smo lokalizovanost navike prema delovima tela, učestalost epizoda čupanja vlasi i mogućnost samokontrole poremećaja u društvu.

Čak 21% osoba sa trihotilomanijom ima oralne navike u vezi sa izvučenim vlasima, uključujući trihofagiju i predstavlja potencijalne hirurške pacijente. Slični rezultati dobijeni su i u drugim istraživanjima u kojima se navodi da je učestalost ovih navika 5-18% [12]. Trihofagija može dovesti do opstrukcije creva trihobezoarom i manifestuje se anoreksijom, mučninom, povraćanjem, gubitkom telesne mase, bolovima i palpabilnim tumefaktom. Moguće brojne komplikacije čine Repunzel sindrom potencijalno životno-ugrožavajućim.

Iako svrstan u poremećaj kontrole i impulsa, trihotilomanija je poremećaj koji je blizak i dismorfofobiji i opsesivno-kompulsivnom spektru. Ovaj kompleksni poremećaj često se javlja udruženo sa brojnim drugim poremećajima, a mi smo se zadržali na analizi najčešće udruženih poremećaja prema literaturnim navodima. Svega 25% naših ispitanika nema dijagnostikovane pridružene poremećaje. Oko 40% njih takođe ima i druge navike iz grupe ponavljajućih ponašanja fokusiranih na telo (dermatilomanija i grickanje noktiju). Veliki je broj i osoba sa trihotilomanijom koji svakodnevno konzumiraju alkoholna pića i koji koriste psihoaktivne supstance. Ovde je moguće i poželjno sprovesti detaljno istraživanje o redosledu javljanja poremećaja i doći do zaključka da li je trihotilomanija prethodila zavisnosti ili zavisnost trihotilomaniji.

Ispitali smo i povezanost trihotilomanije sa anksioznim i afektivnim poremećajima, poremećajima spavanja i ishrane. Analizom podataka dobijamo da je trihotilomanija udružena sa poremećajima raspoloženja u 55% slučajeva, u manjoj meri nego u ranijim istraživanjima gde je ovaj procenat 65%. Međutim, treba imati na umu da ona obuhvataju i shizoafektivni poremećaj, što kod nas nije slučaj [6]. Nasuprot tome, naši rezultati su pokazali nešto veću udruženost sa anksioznim poremećajima (60%) u odnosu na navedene rezultate, gde su anksiozni poremećaji prisutni u 57%. Ud-

ruženost trihotilomanije sa opsesivno-kompulsivnim poremećajima bila je prisutna u 20% ispitanika. Ova udruženost je u drugim studijama je nekonzistentna i iznosi između 13% i 27% [11,13].

Iako se poremećaji ishrane u pomenutim studijama javljaju kao komorbiditet u 20% slučajeva, mi nismo došli do takvih zaključaka, pa tako u našem istraživanju poremećaji ishrane su komorbidni sa trihotilomanijom u manje od 2% i ne odstupaju od prevalence poremećaja ishrane u opštoj populaciji.

Grant i sar. [14,15] navode da klinička prezentacija trihotilomanije u velikoj meri zavisi od prisustva komorbiditeta, te da je su simptomi izraženiji u slučajevima multiplih komorbiditeta. Takođe, težina i ozbiljnost trihotilomanije utiče na ispoljavanje komorbidnih poremećaja, pa tako teži oblici trihotilomanije povećavaju mogućnost manifestacije težih oblika komorbidnih stanja. U praksi je nekad teško utvrditi koji je poremećaj primaran, ali važno iz aspekta tretmana i prevencije.

Efikasnost tretmana predstavljena je srednjim vrednostima ocena terapije svih ispitanika na skali od 1 do 10. Psihoterapija u celini pokazala je bolje rezultate u odnosu na medikamentoznu, što je u skladu sa savremenim smernicama za lečenje ovog poremećaja, gde se ističe važnost treninga zamene navika, kao prvi korak u lečenju [16]. Kao najuspešniji u kontroli simptoma bio je kombinovani tretman. Posebno je obrađena evaluacija za svaki od 7 najčešćih farmakoterapijskih pristupa simptomima trihotilomanije. Pri tome, najistaknutije rezultate je pokazala kombinacija antipsihotika i antidepresiva, zatim N-acetilcistein, antiepileptici i monoterapija antipsihoticima. Kao manje efikasni pokazali su se triciklični antidepresivi, SSRI (*Selective serotonin reuptake inhibitor*) antidepresivi i benzodiazepinski anksiolitici. Kontrola simptoma trihotilomanije je neophodna za ostvarivanje kako dugotrajnog somatskog zdravlja, tako i kvaliteta života. Efikasan tretman trihotilomanije zahteva dalja naučna istraživanja, čiji će rezultati imati implikacije na praktičan rad sa pacijentima, a u smislu smernica i protokola za lečenje trihotilomanije, kao i integrisan višesektorski pristup, koji će ostvariti težnju boljeg kvaliteta života ovih pacijenata. Ovakav pristup pored medikamentozne i psihoterapije podrazumeva adekvatnu socijalnu podršku [17], kao i saradnju stručnjaka iz oblasti dermatologije i psihijatrije u poljima istraživačkog rada, ali i svakodnevne kliničke prakse.

Zaključak

Populaciju sa trihotilomanijom predstavljaju osobe svih životnih doba, prevashodno žene. Simptomi se počinju ispoljavati najčešće u periodu između 9 i 14 godina. Polovina ispitanih ispoljava blažu, a druga polovina značajniju simptomatologiju. Značajan problem predstavlja velik procenat trihofagije kod obolelih. Većina osoba sa trihotilomanijom pokazuje i polimorfnu komorbidnu psihijatrijsku kliničku sliku, ređe se javlja kao izolovan poremećaj, te od toga zavisi i terapijski pristup. U lečenju komorbidnih stanja ili izolovane trihotilomanije, na smanjenje simptoma trihotilomanije najveći uspeh ima psihoterapija u kombinaciji sa antipsihoticima i antidepresivima.

COMORBIDITIES AND TREATMENT OF TRICHOTILLOMANIA – SYSTEMIC APPROACH

Mina Maricic¹, Branislav Sakic^{2,3}

¹Faculty of Medicine Novi Sad, Novi Sad, Serbia

²Psychiatric Clinic Clinical Center of Vojvodina

³Department of Psychiatry and Medical Psychology
Faculty of Medicine Novi Sad, Novi Sad, Serbia

Abstract: Introduction: Trichotillomania is a type of traumatic alopecia and is defined as the irresistible urge to pull out the hair. It is classified as impulse control disorder. This chronic, recurrent disorder with dermatologic expression has specific symptomatology, affects daily activities and leads to social isolation. **Goal:** The aim of the study was to investigate mannerism between symptoms in population with trichotillomania and to determine connection with other habits and disorders as well as treatment differences and efficiency. **Material and methods:** This prospective research was conducted within 880 people with trichotillomania from all around the world in a period from November 5th to December 15th, 2016. The data were collected by using a standardized internet questionnaire. **Results:** Symptoms of trichotillomania usually start between 9 and 13 years. 48,5% respondents localize their disorder on one specific body region. The most involved are scalp, eyebrows and eyelashes. 56,5% of the patients pull their hairs everyday, 61,6% even in company. Oral habits are present in 20,9%. Trichotillomania is associated with dermatillomania in 42.0%, nail biting habit in 37.0%, alcohol (21.7%) and drug abuse (12.3%), anxiety (60.6%), affective (55.3%), obsessive-compulsive (19.4%) and sleep disorders (11.3%). The most effective treatment seem to be combination of psychotherapy, antipsychotic and antidepressant. **Conclusion:** Trichotillomania shows diverse psychiatric appearance in most cases, so there is not specific treatment for this condition. It is necessary to treat trichotillomania with their comorbidities, especially the ones with oral habits, who present potential surgical patients.

Key words: *trichotillomania; symptomatology; comorbidities; treatment*

Literatura

1. Harrison JP, Franklin ME. Pediatric trichotillomania. *Curr Psychiatry Rep.*2012;14(3):188-96.
2. Gawłowska SM, Wolski M, Kaminski A, Albrecht P, Wolanczyk T. Trichotillomania and trichophagia – diagnosis, treatment, prevention. The attempt to establish guidelines of treatment in Poland. *Psychiatr Pol.*2016;50(1):127-43.
3. Zellhorst K. Symptomatik, Klassifikation und verhaltenstheoretische Bedingungsmodelle Trichotillomanie [dissertation]. Recklinghausen: Universität Osnabrück; 2000.
4. Christenson GA, Pyle RL, Mitchell JE. Estimated lifetime prevalence trichotillomania in college students. *J Clin Psychiatry.*1991;52:415-17.
5. Woods DW, Houghton DC. Diagnosis, evaluation and management of trichotillomania. *Psychiatr Clin North Am.*2014;37(3):301-17.
6. Siddiqui EU, Naeem SS, Naqvi H, Ahmed B. Prevalence of body-focused repetitive behaviors in three large medical colleges of karachi: a cross sectional study. *BMC Res Notes* [Internet]. 2012 Nov [cited 2017 Jan 15];5: [about 1 p.]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3508914/>
7. Sundaram B, Selvarajan N, Somu S, Kamalanathan A. Trichobezoar. *Arch Dis Child.*2003;88(5):378.
8. Keuthen NJ, Rothbaum BO, Falkenstein MJ, Meunier S, Timpano KR, Jenike MA et al. DBT-enhanced habit reversal treatment for trichotillomania: 3 and 6 months follow-up results. *Depress Anxiety.* 2011;28(4):210-3.
9. Franklin M, Zangrabbe K, Benavides KL. Trichotillomania and its treatment: a review and recommendations. *Expert Rev Neurother.*2011;11(8):1165-74.
10. Siddappa K. Trichotillomania. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.*2003;69:63-8.
11. Christenson GA. Trichotillomania-from prevalence to comorbidity. *Psychiatr Times.*1995;12:44-8.
12. Salaam K, Car J, Grewal H, Sholevar E, Baron D. Untreated Trichotillomania and Trichophagia: Surgical Emergency in a Teenage Girl. *Psychosomatics.* 2005;46:362-66.
13. Rettew DC, Swedo SE, Leonard HL, Lenane MC, Rapaport JL. Obsessions and compulsions across time in 79 children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.*1992;31(6):1050-6.
14. Grant JE, Leppink EW, Chamberlain SR, Redden SA, Curley EE, Odlaug BL et al. Does comorbidity matter in body-focused repetitive behavior disorders? *Ann Clin Psychiatry.*2016;28(3):175-81.
15. Grant JE, Redden SA, Leppink EW, Chamberlain SR. Trichotillomania and co-occurring anxiety. *Compr Psychiatry* [Internet]. 2017 Jan [cited 2017 Feb 10]; 72: [about 4 p.]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5330411/>
16. Grant JE, Chamberlain SR. Trichotillomania. *Am J Psychiatry.* 2016;173(9):868-74.

17. Flessner CA. Cognitive behavior therapy for childhood repetitive behavior disorders: Tic disorders and trichotillomania. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.*2011;20(2):319-28.

Mina MARIČIĆ, student 5. godine medicine Medicinskog fakulteta Univerziteta u Novom Sadu

Mina Maricic, Faculty of Medicine Novi Sad, Novi Sad, Serbia

E-mail: minamaricic001@gmail.com